

Stratégie Nationale de Développement des Urgences

Référentiels en Médecine d'urgence

PRISE EN CHARGE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL AUX URGENCES

I- INTRODUCTION :

3^{ème} cause de mortalité dans les pays développés (4 à 5 millions de décès/an), l'AVC est défini par l'OMS comme le développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de 24 heures et pouvant conduire à la mort sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire.

La nouvelle approche des AVC est caractérisée par 3 faits saillants :

1. Intérêt d'un diagnostic précoce (possibilité d'une thrombolyse dans les 3 premières heures) ce qui nécessite une TDM rapide.
2. L'hospitalisation est indispensable non seulement pour démarrer rapidement le traitement spécifique mais aussi les thérapeutiques non spécifiques (contrôle de la TA, T° et Glycémie) dont l'utilité est de plus en plus reconnue.
3. Reconnaître l'accident ischémique transitoire (AIT) comme un syndrome de menace où la tâche majeure est de connaître l'indication de l'hospitalisation et des investigations complémentaires.

En pratique il faut :

- Savoir reconnaître un AVC
- Réunir les éléments du pronostic
- Décider l'hospitalisation et démarrer le traitement

II- SAVOIR RECONNAITRE UN AVC :

90 % des AVC se reconnaissent par ce qui est appelé en anglais le « **FAST** »

F : **Face**

A : **Arms** (members)

S : **Speech** (language)

T : **Test**

désignant le test recherchant respectivement une atteinte de la motricité de la face et/ou des membres, associée ou non à un trouble du langage. La brutalité de ces manifestations et l'absence de fièvre associée à un terrain prédisposant (sujet âgé, facteurs de risque d'athérosclérose, cardiopathie emboligène) établissent le diagnostic dans la majorité des cas.

Cas particuliers des AVC chez les sujets jeunes :

1- Il faut évoquer la possibilité d'une thrombophlébite cérébrale (TPC) :

a - si antécédents d'aphtose bipolaire, uvéite: maladie de Bechet

b - chez une femme sous oestroprogestatifs en post-partum.

2- Il faut penser à un AVC hémorragique par rupture d'une malformation vasculaire ou un AVC ischémique par dissection carotidienne (notion de traumatisme cervical, Marfan).

3- De principe faire une exploration cardiaque à la recherche d'une cardiopathie emboligène.

III- REUNIR LES ELEMENTS DU PRONOSTIC :

De loin, le degré des troubles de la vigilance est l'élément le plus important. Un GCS < 9 est un facteur de très mauvais pronostic. A un degré de vigilance égal, il y a 2 facteurs essentiels pour le pronostic :

1. Le mécanisme : l'hémorragie est plus grave que l'ischémie. Seul le scanner cérébral sans injection peut confirmer le diagnostic : une hyperdensité spontanée en cas d'hémorragie et une TDM normale ou montrant une hypodensité en cas d'ischémie. A l'heure actuelle, aucun argument n'est en faveur de la supériorité de l'IRM sur la TDM dans la prise en charge des AVC.

Néanmoins, avant la TDM un certain nombre de données cliniques peuvent aider dans cette distinction :

AVC hémorragique (20%)	AVC ischémique (80%)
<p>Signes en faveur</p> <ul style="list-style-type: none"> Ethylisme chronique Céphalées importantes Vomissements Profondeur du coma Raideur méningée Poussée hypertensive Médicaments anticoagulants 	<p>Signes en faveur</p> <p>1- En cas d'AVC par occlusion d'une artère :</p> <ul style="list-style-type: none"> Cardiopathie emboligène Arythmie AC/FA IDM surtout antérieur étendu Valvulopathie, aorte calcifiée Antécédents d'AIT <p>2- En cas d'AVC par baisse de la pression de perfusion cérébrale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Hypotension artérielle quelle que soit son origine

2. Territoire : Savoir que dans 70% c'est le territoire carotidien (meilleur pronostic) et 30% le territoire vertébro-basilaire (plus mauvais pronostic). Dans ces deux cas la TDM fait la lumière sur la circulation concernée.

Les autres éléments du pronostic à ne pas négliger :

- Les maladies associées graves (cancer, SIDA, dépendance)
- Les données de l'imagerie laissant préjuger une menace vitale :
 - ❑ Ischémie : étendue de l'hypodensité ;
 - ❑ Hémorragie : existence de sang dans le système ventriculaire ;
 - ❑ Pour les deux : effet de masse.

IV- DECIDER L'HOSPITALISATION ET DEMARRER LE TRAITEMENT :

L'hospitalisation ne se discute pas au moins durant les 3 premiers jours en dehors de certaines situations particulières (patient trop grave).

Où hospitaliser ?

- Au service de neurologie si GCS > 12/15. Tout service de médecine générale où on peut monitorer et contrôler la TA, la T° et la glycémie (voir après) peut également accepter ces patients.

- Au service de réanimation en cas de :
 - ▣ Troubles de la conscience (GCS<12/15)
 - ▣ Signes d'insuffisance respiratoire aiguë.
 - ▣ Signes d'instabilité hémodynamique.

L'absence de complications réversibles (décompensation acido-atosique ou hyperosmolaire d'un diabète, traitement anticonvulsivant, hypoglycémie, hypoxémie, hypotension) ainsi qu'un coma profond (GCS < 9) doit nuancer l'utilité de la réanimation.

Quels examens complémentaires ?

➤ *En urgence*

- NFS + plaquettes
- TP, TCK et plaquettes
(suspicion de troubles de l'hémostase)
- Glycémie, iono sanguin, urée sanguine
- ECG, radio du thorax

➤ *Discuter après*

- Echo doppler des vaisseaux du cou
- Echocardiaque trans-thoracique voire trans-oesophagienne
- IRM cérébrale
- Autres à visée étiologique

Le traitement :

➤ **Mesures générales :**

S'assurer de l'état des fonctions vitales

1. Libération des voies aériennes supérieures, vérifier l'efficacité de la ventilation en s'aidant de la mesure de la saturation d'O₂ éventuellement, oxygénothérapie complémentaire à la demande.
2. Contrôler l'état circulatoire
3. Sonde naso gastrique
4. Position semi-assise
5. Matelas anti escarres

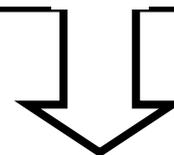
➤ **TTG :**

Contrôler les 3 variables physiologiques suivantes :

T : Tension Artérielle

T : Température

G : Glycémie



Contrôler la TA :

1. Rythme de monitoring : prise de TA toutes les 30 min pendant les 8 premières heures puis toutes les 2 heures pendant le reste des 24 heures.
2. Il ne faut pas baisser brutalement la PA.

La poussée hypertensive ne sera activement traitée que lorsqu'il existe :

1. Une complication : IDM, OAP, insuffisance rénale aiguë, dissection aortique
2. PA > 220/120 mmHg : traitement antihypertenseur par voie parentérale en commençant par des doses initiales faibles ; on peut utiliser le Loxen par exemple : Dose initiale : 5 mg/h ; IV ; puis augmenter de 2.5 mg/h toutes les 5 minutes jusqu'à max 15 mg/h

Ne pas baisser la PA au dessous de :

- 180 de systolique et 105 mmHg de diastolique
- 5 à 10 mmHg au cours des 4 premières heures
- 15% de la valeur initiale

Lutter contre l'hyperthermie : Paracétamol si T° > 38° C

Eviter les hyperglycémies : insulinothérapie uniquement si la glycémie > 12 mmol/L mais attention à l'hypoglycémie. La perfusion doit être à base de sérum physiologique (1500cc /24^h).

➤ *Traitement spécifique :*

AVC ischémique :

1. *Aspirine* : recommandation de grade A (150 à 300 mg/j dès les 1^{ers} jours).
2. *Héparine* : en curatif si AVC sur thrombophlébite cérébrale. En préventif toujours indiquée (standard ou fractionnée). Prudence si infarctus cérébral étendu.
3. *Thrombolytiques* : pas d'indication en dehors d'un essai contrôlé.
4. Pas de place pour les corticoïdes et les vasodilatateurs.

AVC hémorragique :

Chirurgie : L'efficacité de l'évacuation urgente des hématomas n'est pas démontrée. Pas plus que celle des dérivations du LCR en cas d'hydrocéphalie aiguë.

Cas particulier de L'Accident Ischémique Transitoire (AIT) :

L'AVC ischémique est précédé d'un accident transitoire dans une proportion substantielle (10-15%). L'incidence annuelle moyenne des AIT est d'environ 50/100.000. Le risque immédiat de survenue d'un AVC ischémique constitue après un AIT a été souvent sous estimé. Un patient sur 10 environ risque d'avoir un AVC ischémique constituée dans les 7 jours qui suivent un AIT.

En pratique 2 problèmes se posent concernant l'AIT aux Urgences :

1. Comment le reconnaître (beaucoup de faux positifs et de faux négatifs).
2. Qui hospitaliser sachant qu'il ne faut pas hospitaliser systématiquement ni laisser partir tous les AIT.

1. Reconnaître l'AIT :

Ceci renvoie vers sa définition : Episode neurologique déficitaire de survenue brutale causé par une ischémie focale du cerveau ou de la rétine dont les symptômes (« FAST ») durent typiquement moins d'une heure.

2. Qui hospitaliser ?

Reconnaître les patients qui nécessitent une hospitalisation pour éviter si possible la survenue d'un AVC constitué est une question importante. Pour un patient donné consultant aux urgences pour un AIT on devrait être capable de prédire cet événement par l'examen clinique. Un score de risque a été proposé dans ce sens (appelé score ABCD : voir arbre décisionnel).

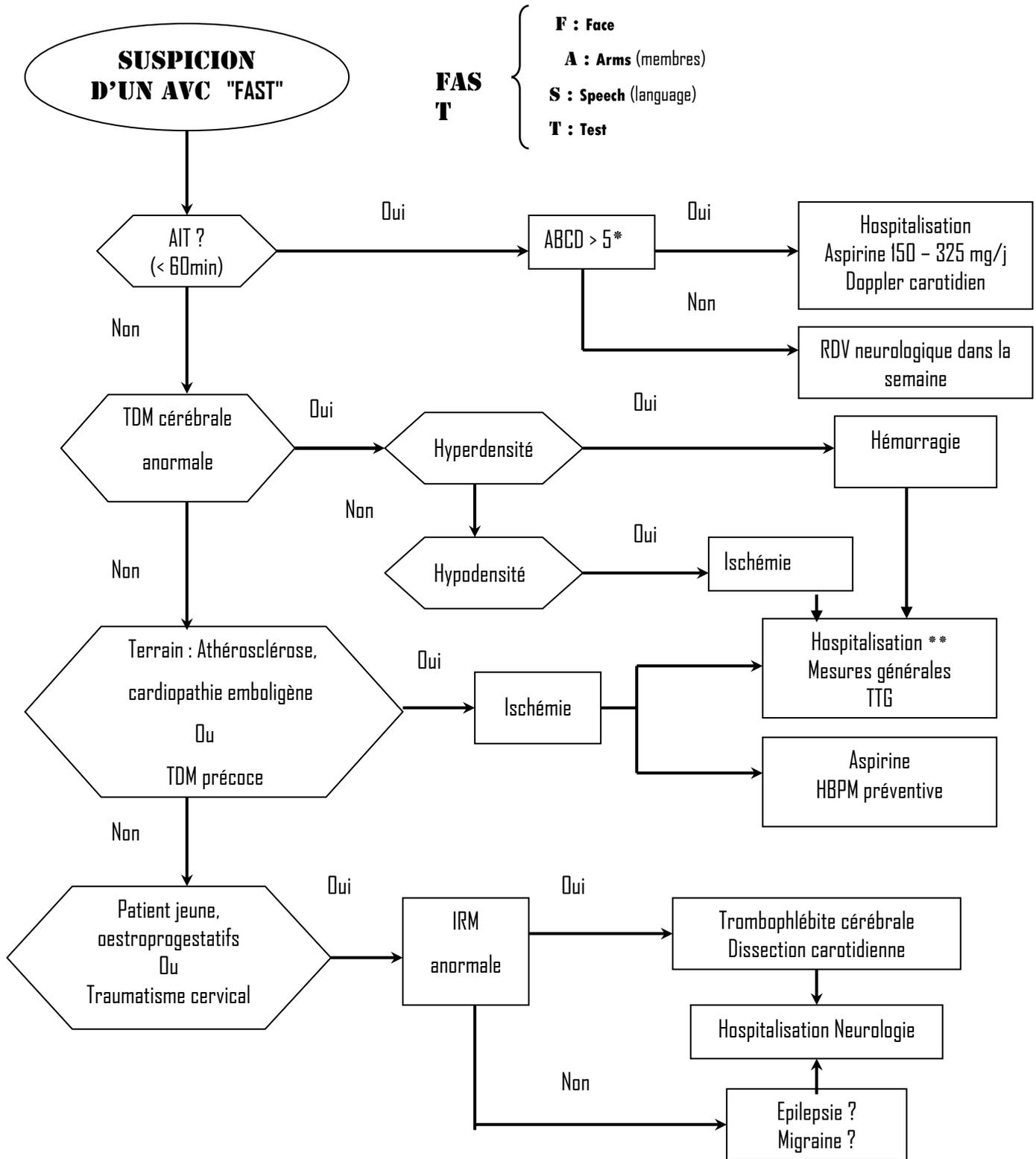
Le risque relatif de survenue d'un AVC ischémique dans les 7 jours suivant un AIT était évalué à 31% pour un score > 5. En pratique, un Score > 5 est une indication à l'hospitalisation d'un patient chez qui un AIT est suspecté.

Traitement de l'AIT :

Aux Urgences : Anticoagulants si FA

Aspirine 50 – 325 mg/j associée ou non à la persantine

En service spécialisé : Endartériectomie carotidienne si sténose > 70 % (possible à partir de 50%) ; voire actuellement l'angioplastie.



*** SCORE ABCD :**

<u>Variables</u>	<u>Pondération</u>
A : Age > 60 ans	1 pt
B : Blood pressure (Pression Artérielle)	
Systolique > 140 mmHg	1 pt
Diastolique ≥ 90 mmHg	1 pt
C : Clinical features (Signes cliniques)	
Déficit moteur unilatéral	2 pts
Troubles du langage sans déficit moteur	1 pt
Autres signes	0 pt
D : Duration (Durée des Symptômes)	
≥ 60 min	2pts
10 et 59 min	1 pt
< 10 min	0 pt

**** Mesures générales :** oxygénation ; position semi assise ; voie d'abord IV.

TTG : contrôler la TA, T° et Glycémie

Ce référentiel a été élaboré par le Ministère de la Santé publique
sous la direction de monsieur le Pr. Habib Achour, Directeur Général de la Santé,

Coordination : Dr Naoufel Somrani et Dr Henda Chebbi (unité de la médecine d'urgence)

Comité Scientifique : Président : Dr Fekri Abroug ; Membres : Dr Béchir Bouhajja, Dr Hafedh Thabet, Dr Nabil Ben Salah, Dr Moncef Yaacoub ,Dr Souheil El Atrous, Dr Sémir Nouira,

Comité de rédaction : Dr Sémir Nouira, Dr Zouhaier Jerbi

Ce Référentiel a été **validé** lors d'un séminaire avec la participation de : Dr Abdelaziz Ellili, Dr Abdelhamid Trabelsi , Dr Afif Boussetta, Dr Anis Chétoui, Dr Béchir Bouhajja, Dr Bouraoui Hmila, Dr Habib Haguiga , Dr Kaouther Charbaji , Dr Majed Zemni, Dr Mamoun Ben Cheikh, Dr Mohamed Houissa, Dr Nabil Ben Salah, Dr Nouredine Rekik , Dr Rafik Boujdaria, Dr Riadh Ben Slama, Mme Sarra Chemli, Dr Salah Bellakhal, Dr Sami Souissi, Dr Sonia Ben Khélifa, Dr Zeineb Saoud.

